

**Einrichtung: Wohn- und Pflegezentrum St. Josef**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Angehöriger: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Amtlich bestellter Betreuer / Bevollmächtigter (nur falls vorhanden)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Aktenz. \_\_\_\_\_

Aufgabenkreis: \_\_\_\_\_

Hausarzt Dr. \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Weiterbehandlung nach Einzug in die Einrichtung: Ja  Nein

Nachweis über Heimpflegebedürftigkeit: Ja  Nein   
 Pflegebedürftigkeit: Ja  Nein

Begutachteter Pflegegrad:  
 kein  Pflegegrad

Begutachtung beantragt: Ja  Nein

Finanzierung der Heimkosten erfolgt durch:

Mit dem Einzug in eine andere Einrichtung der Caritas-Altenhilfe Dortmund GmbH und der entsprechenden Weitergabe der Anmeldeunterlagen bin ich einverstanden:

Altenzentrum St. Antonius Ja  Nein   
 Do- Huckarde Tel. 3 15 01 – 0

Wohn- und Pflegezentrum St. Barbara Ja  Nein   
 Do- Lütgendortmund, Tel. 60 30 – 0

Altenzentrum Bruder-Jordan-Haus Ja  Nein   
 Do- Innenstadt, Tel. 56 46 – 0

Altenzentrum St. Ewaldi Ja  Nein   
 Do- Aplerbeck, Tel. 4508 – 0

Altenzentrum St. Hildegard Ja  Nein   
 Do-Berghofen, Tel. 94 61 51 -0

Wohn- und Pflegezentrum St. Josef Ja  Nein   
 Do- Derne, Tel. 8 95 03 – 0

Altenzentrum Peter und Paul Ja  Nein   
 Kamen, Tel. 02307- 97 30 20

Gewünschter Einzugstermin:

Ich bin mit dem Einzug einverstanden:

---

Datum            Unterschrift

---

Datum            ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
 Nachweise bitte in Fotokopie beifügen